In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Cancer de l'endomètre
Dr. KHERBOUCHE

I- GENERALITES :
*c'est des Kc developpé au dépend de l'endomètre
*'est le 4ème Kc chez la femme (Kc du sein , col, ovaire , endomètre …..)
*c'est un Kc hormonodependant
*Les tumeurs d'origine conjonctive (sarcome) et tumeurs du col propagé au corps , tumeurs ovulaires sont exclu de cette definition
*C'est un Kc peu lymphophile
II- EPIDEMIOLOGIE :
1-Frequence :
*est en augmentation surtout dans les pays developpes : on incrimine le role du viellissement , alimentation , environnement et du dépistage
*4 ou 5 ème Kc chez la femme
*4ème Kc gynécologique
2-Facteurs e risque :
a-Facteurs généraux:
*Age : c'est le Kc de la femme agée 60-70 ans
*plus frequent chez la femme ménopausée 75%
*périménopause : 15%
*Hérédité : moins nette il existe des formes familiales (Syndrome de lynch 2)
*Obésité : la conversion des androgènes en ostrone
*Diabet et HTA
*Tabagisme : un role protecteur catabolisme des E.
b-Facteurs hormonaux:
*Age de puberté : pas de role determinant
*Age Menopause : sup à 52 ans expose endomètre à une plus période plus longue hyperostrogénie
*Nulligeste
*Hyperostrogénie :
-Endogène : Syndrome de stein levental, tmeur secretante de l'ovaire
-Exogène : prise ostrogène seul , tamoxifene, OP sequentiel,
TSH mal adapté
C-Facteurs Uterins :
*adenomyose et fibrome: non
*Hyperplasie adenomateuse et CIS : lesions preKc
*Hyperplasie kystique et polype : 0,2% mais association frequentes
*Irradiation pelvienne : x le risque par 10

III- CLINIQUE :
A- CDD
*Metrorragies post ménopausiques : 95 % des cas
Spontanées , indolores , minimes , noiratres et irregulieres
*Infection : leucorrhées , pyométrie
*Douleurs ou pesanteur
*Troubles urinaires ou rectaux
*Découverte fortuite : THS , FCV

B-Interrogatoire
*Recherche de facteurs de risques
*Debut des troubles
*Prise medicamenteuses
C-Examen clinique :
Souvent difficile (obésité , atrophie)
*Spéculum:
-col et vagin souvent sain
-origine endoutérin du saignement
-trophicité des muqueuses (signe d'impregnation ostrogéniques)
-parfois pyométrie , ecoulement purulent
*TV+PA :
-Utérus petit mobile
-Mou globuleux
-N'ayant pas subit l'involution
Examen des paramètres et cloison recto vaginale

IV- PARACLINIQUE :
A-FCV
souvent négatif , leurs positivités temoigne des formes etendues
B-Frottis endométrial
N'a de valeur que si positif
C-Echographie
*Epaisseur de l'endomètre
*Formation intra caviataire
*Envahissement mymétriale
*Etat des ovaires
D-Hysteroscopie
Visualise la lesion et guide le biopsie
E-Curetage biopsique étagé :
Seule ou associe à l'hysteroscopie , etude histologique apporte le diagnostic de certitude

V- ANAPATH :
A/Macroscopie:
*f.localisée: touche paroi post papillaire ou polypoide
*f.diffuse: toute la surface de l'endomètre qui est epaissie et irregulière
B/Microscopie:Classification de l'OMS
*ADK 90% de differenciation et grading histo pronostic variable
*adenoacanthome
*ADK à cellule claire
*Epithelioma malpighien
*Adénosquameux
*Carcinome indifferencié

C/Extension
*Locale:
-en surface: vers l'ishme
-en profonde : vers le myomètre
*Régionale :
-Atteinte paramètre , vessie , rectum
-Atteinte vagin (métastase)
*Lymphatique : moins frequent que le col sauf si atteinte de l'isthme
*Métastase: vagin +++ , foie , …………

VI- CLASSIFICATION :
FIGO 1990
*Stade 1
a:tumeur limitée à l'endomètre
b:Envahissement du myométre <50%
c:Envahissement du myomètre >50%
*Stade 2
a: envahissement endocervical superficiel (glandulaire)
b:envahissement du stroma endocervical
*Stade 3
a:envahissement de la sereuse uterine et ou des annexes et ou cytologie péritoneale +
B:métastases vaginales
C:métastases ggionnaire pelvienne et ou lombo aortique
*Stade 4
a:envahissement vesical et ou intestinal
B:métastase à distance incluant les métastases intra abdominale

VII- BILAN d'EXTENTION :
Extension local et locoregionale :
*TV+TR+SPECULUM/ VAGIN ET PARAMETRE
*Echo endovaginale : myométre , ovaire
*TDM+IRM : La tumeur , atteinte myomètre , ADP
*UIV
*Cystoscopie+rectoscopie
Extension Géneral :
*Echo hépatique
*Téléthorax
*TDM cérébral

VIII- TRAITEMENT :
A/Les Méthodes
La chirurgie
*Hysterectomie totale + annexectomie bilatérale
*CHELL
Par voie coelio ou laparotomie
La radiothérapie
*Curithérapie
*Raditheraoie externe
La chimiothérapie
Peu efficace , utile dans kes formes etendues et recedives
Hormonothérapie
Meilleur reponse pour tumeur bien differenciée (progeserone forte dose , tamoxifène)
B/Les Indications
Stade 1
*hysterectomie totale avec annexectomie bilatérale
* lymphadenectomie pelvienne
*Pas de curage lombo aortique
Stade 2
*CHELL
Stade 3
*Chirurgie aussi radicale que possible : HST+AB , colpectomie totale , exerese des gg pelviens ….
Stade 4
*HST+AB , resection digestive , vésicale partielle ou totale , pelvectomie ant ou post
NB : Chimiotherapie , radiotherapie en fonction du satde

IX- PRONOSTIC :
La survie à 5 ans :
1: 76%
2:50%
3:30%
4:09%